CONSIDÉRATIONS

SUR LES

TRAUMATISMES OCULAIRES

Je n'ai pas la prétention d'apporter ici un traité complet des blessures de l'œil.

Les matériaux certes ne font pas défaut dans nos cliniques parisiennes et l'occasion d'observer des traumatismes plus ou moins graves s'y présente journellement. Je désire tout simplement soumettre aux lecteurs du *Recueil* quelques faits de ma pratique, qui m'ont paru devoir les intéresser, en insistant surtout sur la réserve extrême que l'on doit garder au point de vue du pronostic, chaque fois que l'on est consulté pour un traumatisme oculaire. Deux blessures, en apparence semblables, peuvent différer du tout au tout dès le surlendemain, le lendemain même. Ici la guérison se fera rapidement et ne laissera subsister aucune crainte pour l'avenir; là, au contraire, l'énucléation devra être pratiquée, sous peine d'assister à une formidable explosion d'accidents sympathiques, et pourtant, au premier abord, souvent l'œil, le plus gravement compromis, n'est pas celui qui paraît le plus blessé.

A la suite d'un choc sur l'œil, toutes les éventualités peuvent se présenter, depuis la simple ecchymose jusqu'au décollement de la rétine, en passant par la paralysie ou le spasme

de l'accommodation, la luxation du cristallin, la cataracte traumatique, les hémorragies du corps vitré, de la choroïde, de la rétine, de l'espace intra-vaginal du nerf optique etc... Aussi, pour éviter des mécomptes aussi préjudiciables tant au consulté qu'au consultant, est-il toujours nécessaire de procéder à un examen fonctionnel des plus complets, examen qui ne sera pas conduit exactement de la même façon dans tous les cas, mais dont aucun des éléments ne devra être négligé.

Un homme a reçu un coup sur l'œil; le coup a été violent. Extérieurement on ne voit rien ou presque rien. Il faut tout d'abord boucher l'œil sain, noter l'acuité visuelle de l'œil blessé, et même si l'acuité centrale est bonne, s'assurer de l'intégrité du champ visuel. Cette seconde épreuve est peut-être la plus importante de toutes celles auxquelles les ophtalmologistes doivent avoir recours.

On place ensuite le blessé à côté d'une lampe bien éclairée et l'on procède à l'aide de la lentille, à l'examen dit latéral ou focal, qui permet de vérifier l'état de la cornée, de la chambre antérieure, du cristallin, de l'iris, et enfin, on termine par l'examen ophtalmoscopique. Ceci fait, l'on ne peut pas encore porter un pronostic absolument définitif. Il faut revoir le malade quelques jours après, car il y a des lésions qui ne se produisent que quelques heures, ou même plusieurs jours après le traumatisme, par exemple l'opacification cristallinienne par ébranlement moléculaire, sans déchirure de la capsule, et à plus forte raison sans plaie pénétrante de la cornée. Il est bon de dire que l'on ne possède pas d'observation certaine de cette forme de cataracte traumatique. Jusqu'ici nous avons supposé le cas d'un choc sans lésion extérieure de l'œil. Si l'on a affaire à une plaie pénétrante de l'organe, avec hernie de l'iris, voire même du corps ciliaire, avec ou sans cataracte traumatique, l'examen fonctionnel doit être fait aussi avec un grand soin. La notion de la perception lumineuse et du champ visuel à l'aide d'une bougie placée à un mètre de distance et portée dans les différentes directions, permet souvent d'affirmer l'existence d'une hémorragie du

corps vitré ou d'un décollement de la rétine, et dans les deux cas le pronostic est bien différent.

Lorsque la lumière est perçue dans toutes les directions du champ visuel, on peut affirmer qu'il n'y a pas de décollement rétinien. Disons de suite, mais nous y reviendrons plus loin avec tous les détails nécessaires, que, lorsque la région ciliaire est intéressée peu ou prou l'avenir doit être bien réservé.

Les retentissements à distance sur l'œil opposé sont à craindre et nous pourrions citer nombre de ces cas d'ophtalmies sympathiques tardives, survenant vingt, vingt-cinq, trente ans après la blessure et reconnaissant pour cause unique un enclavement de la région ciliaire dans la plaie scléroticale, d'où iridocyclite chronique, ossification chroroïdienne, etc...

Toute plaie cornéenne, s'arrêtant au niveau du limbe cornéo-sclérotical, guérit généralement en laissant à l'œil presque toute son intégrité fonctionnelle, bien entendu lorsque le traitement a été convenablement dirigé et qu'une intervention intelligente a su écarter du chemin toutes les complications.

Mais si la plaie empiète sur la région ciliaire, quelque précaution qu'on prenne, quelque direction que l'on donne au traitement, l'énucléation, dans la plupart des cas, est la seule et unique ressource. Je ne pense pas que l'on puisse citer un cas de plaie scléroticale avec hernie du corps ciliaire qui se soit terminé par la guérison. S'il n'y a pas d'accidents sympathiques, la terminaison la plus ordinaire est l'atrophie progressive de l'œil blessé.

Ces préliminaires étant bien établis, et étant démontrée la réserve que doit inspirer au chirurgien tout traumatisme de l'œil, je me propose d'étudier quelques-uns de ces traumatismes, et de montrer, à l'aide d'observations, la conduite à suivre et les résultats obtenus.

Je ne citerai que les cas que j'ai observés et soignés personnellement. Je ne m'attarderai pas aux blessures de la conjonctive. J'ai déjà appelé l'attention (*France médicale*) sur les corps étrangers des culs de sac conjonctivaux.

Je rappellerai seulement que, lorsqu'un malade a reçu un choc sur l'œil, il faut explorer le cul-de-sac avec un soin tout particulier, car il peut se faire qu'un corps étranger, même d'assez grande dimension (j'en ai cité un de deux centimètres de long) se loge dans le cul-de-sac, se recouvre de bourgeons charnus, et reste là pendant des semaines, des mois, et même des années, entretenant une irritation continuelle de l'œil, dont le moindre inconvénient est de soumettre le malade à des traitements absolument inutiles.

Je citerai pour mémoire une lésion traumatique de la conjonctive, pouvant revêtir un certain caractère de gravité, et qui est due à une vieille pratique partout recommandée et, à mon avis très peu recommandable.

Il s'agit de la brûlure de la conjonctive produite par des insufflations immodérées et intempestives de poudre de calomel, destinées à faire disparaître d'anciennes taies de la cornée. Ce moyen est inutile ; je ne pense pas que l'on puisse faire valoir en sa faveur un seul cas de guérison bien prouvé, et il est incontestablement fort dangereux.

Cette année même, j'ai vu à ma clinique trois malades (une jeune fille de dix-sept ans, et deux enfants de cinq à six ans), atteints de brûlures graves du cul-de-sac conjonctival inférieur par le fait de l'insufflation de calomel. Chez la jeune fille même, je n'ai évité l'ankyloblépharon qu'au prix des plus grandes difficultés, et chez elle les conjonctives bulbaire et palpébrale étaient escharifiées. Et le fait est bien facile à comprendre.

Le calomel (protochlorure) projeté sur le globe oculaire amène une hypersécrétion lacrymale abondante (chlorure sodique), d'où formation rapide d'un bichlorure, d'autant plus actif et corrosif qu'il se trouve à l'état naissant en présence de la conjonctive.

Aussi je repousse énergiquement l'emploi du calomel en insufflations, au même titre du reste que les collyres métalliques en instillations. Et Dieu sait s'ils sont prônés dans tous les traités classiques, et s'ils sont ordonnés inconsidérement et pour tous les cas, sans la moindre distinction! Non pas

que le sulfate de zinc et le nitrate d'argent, par exemple, soient de mauvais médicaments; mais ils ne devraient jamais être instillés, et seulement appliqués à l'aide d'un pinceau sur les paupières renversées, et la cornée étant bien protégée.

On éviterait ainsi les leucômes métalliques, malheureusement si fréquents et sur lesquels j'ai appelé l'attention il y a quelques années (*Société de médecine pratique*).

De la conjonctive nous arrivons tout naturellement à la cornée.

Il ne se passe pas de jour que l'on n'ait à soigner une excoriation légère de cette membrane; dans ce cas, il faut procéder à un examen très minutieux; la lésion est à peine visible, et la douleur extrêmement vive. Plus la lésion est superficielle, plus la photophobie est intense, et plus violentes sont les souffrances accusées par le malade. Cela tient à la dénudation et au froissement des nerfs qui, tout à fait superficiels, se ramifient sous l'épithélium de la cornée. Ces excoriations sont produites par un coup d'ongle d'enfant, la projection d'une boulette de papier dans l'œil, etc.; l'excoriation n'est pas soignée, elle peut persister pendant plusieurs jours, et la douleur est assez violente pour empêcher le patient de manger et de dormir. A plus forte raison durera-t-elle, si elle est entretenue par l'emploi de moyens intempestifs. Le seul traitement (et la guérison est presque instantanée) consiste à instiller toutes les demi-heures un collyre d'atropine au $\frac{1}{400}$ et à baigner l'œil blessé dans une œillère remplie d'eau de camomille chaude. Le lendemain le malade est guéri. Il a bien dormi, et ne se plaint plus que de voir un peu trouble. Si toute inflammation a cessé, on peut lui rendre son accommodation et par conséquent sa vision nette en lui instillant quelques gouttes d'un myotique (ésérine ou pilocapine).

On ne saurait trop insister sur la thérapeutique de ces légères excoriations, presque invisibles, qui guérissent instantanément par l'atropine, et qui, au contraire, peuvent être le point de départ d'accidents très graves si on les irrite à l'aide d'un collyre quelconque ou d'une eau pour les yeux.

J'ai été appelé en consultation pour un jeune homme atteint d'une irido-cyclite grave consécutive à une excoriation de la cornée produite par la projection d'une carte de visite. Cette lésion superficielle, très douloureuse, et non reconnue avait été traitée par un collyre au sulfate de zinc, et des cautérisations de la conjonctive avec la pierre de sulfate de cuivre; d'où exacerbation des douleurs, et production de phénomènes inflammatoires qui ont cédé à un traitement très énergique. (Atropine, sangsues, frictions d'onguent napolitain, lotions chaudes, etc.), mais qui ont failli entraîner la perte de l'organe.

Les instillations d'atropine amènent une guérison définitive. On a cité des cas où la douleur et la photophobie avaient cédé momentannément à des applications d'eau fraîche; mais dans ces cas, sans nouveau traumatisme, il se faisait des rechutes après plusieurs semaines de guérison apparente.

Je n'ai jamais rien observé de semblable.

Quelques auteurs préconisent dans ce cas le *bandeau compressif*.

Je dirai ici ce que je pense de ce mode de traitement très employé, et par conséquent méritant qu'on s'y arrête.

Le bandeau compressif n'est applicable qu'aux traumatismes graves, dans lesquels on a la crainte de voir l'œil se vider, au moindre mouvement du patient.

Dans tous les autres cas, je le trouve *inutile*, et je le considère même comme étant une cause d'inflammation. Je lui préfère de beaucoup le simple carré flottant, ou les lunettes fumées forme coquille. La rétention des larmes, des mucosités, des produits de sécrétion, sous le pansement occlusif, irrite l'œil. Cela est tellement vrai qu'il suffit de bander complètement un œil sain pour faire naître une conjonctivite légère.

Aussi, après l'opération de la cataracte, plus tôt je puis délivrer mon opéré du bandeau, plus je suis assuré d'un bon résultat. Il est rare qu'après le quatrième jour je ne remplace pas tout pansement par un simple linge flottant, au moins pendant le jour.

Après l'opération du strabisme je ne mets aucun panse-

ment, car l'on ne peut donner ce nom à une petite compresse mouillée maintenue par un cordonnet qui fait le tour de la tête, et encore dès le lendemain ne met-on la compresse mouillée que d'une façon tout à fait intermittente. Ceci dit, on ne sera plus étonné de ne me voir faire mention du pansement compressif que dans des cas tout à fait spéciaux.

Parmi les excoriations superficielles et très douloureuses de la cornée, il en est une qui reconnaît une cause assez fréquente. Je veux parler de la projection d'un fragment d'allumette en ignition au moment où on la frotte sur la boîte. J'ai pu l'observer une dizaine de fois. Les malades ont toujours été soulagés presque immédiatement par les instillations d'atropine.

Ils ont même guéri si rapidement, qu'ils considéraient comme exagérée la réserve que j'apportais dans le pronostic. Il ne faut pas oublier que, lorsqu'il s'agit de brûlure de la cornée, quelle qu'en soit la cause, mais de préférence lorsqu'elle est produite par une base caustique, l'action du corps comburant peut se prolonger, et amener des dégâts auxquels on ne s'attendait pas à première vue. Les brûlures par le vitriol, par la chaux, en sont des exemples frappants. Au moment où l'on voit le malade, on aperçoit à peine une petite traînée blanchâtre, qui rend la cornée un peu opalescente, et quelques jours après, malgré tous les soins donnés, la cornée est mortifiée.

Je citerai deux faits de brûlures superficielles de la cornée qui se sont fort heureusement terminées, et au moment où les malades sont entrés dans mon cabinet, je m'attendais certainement à trouver des dégâts considérables.

Obs. I. — Le premier fait a trait à un ouvrier plombier occupé à la restauration du Comptoir d'escompte. Vers quatre heures de l'après-midi, au moment où à l'aide d'une cuiller il remuait du plomb fondu dans un récipient, une explosion se produisit, et le liquide brûlant fut projeté sur sa figure, où il forma un masque qui la recouvrit presque tout entière. Mon excellent ami, le Dr Ed. Michel, qui le vit au moment de l'accident, me l'envoya de suite.

A l'aide d'une spatule, je commençai par enlever le plomb qui couvrait les paupières fermées, et j'écartai celles-ci tout doucement. Au-devant du globe oculaire il y avait une coque de plomb qui s'était moulée sur l'œil et affectait la forme de l'œil artificiel.

Écartant fortement les paupières, et à l'aide d'une petite spatule en gutta-percha, j'enlevai ce moule qui se détacha d'une seule masse, et derrière je trouvai l'œil intact. La cornée était à peine excoriée superficiellement et par places.

J'instillai de l'atropine, j'ordonnai au malade d'en instiller cher lui, et il guérit parfaitement. Le plomb s'était probablement refroidi instantanément au contact du globe de l'œil, comme il l'avait fait au contact de la peau du visage, qui paraissait n'en avoir pas beaucoup souffert.

Obs. II. — Quant au deuxième fait, il se rapporte à un marchand de vin, qui cachetait lui-même ses bouteilles.

Il remuait de la cire fondue qui, tout d'un coup, fut projetée en l'air, lui brûla les mains, les joues, les sourcils; il en pénétra quelques parcelles dans l'œil gauche, et, au moment où je vis le malade, il souffrait beaucoup.

Entr'ouvrant ses paupières, à l'aide de la même spatule, je lui enlevai du cul-de-sac des petits morceaux de cire durcie, j'en détachai de la cornée quelques parcelles qui n'y adhéraient que faiblement, et avaient laissé des excoriations superficielles.

L'atropine et les lotions d'eau chaudes guérirent rapidement cette kératite traumatique superficielle. Lorsque le traumatisme agit plus profondément, la douleur est moins vive, la photophobie moins intense. Mais il n'en est pas moins vrai que la thérapeutique doit être rapide. La base en est toujours l'atropine, à laquelle on fera bien d'associer, seulement chez les gens robustes, une application de sangsues à la tempe ou derrière l'oreille.

Il me reste à dire quelques mots d'une forme d'ulcération traumatique de la cornée autrement grave que toutes celles mentionnées jusqu'à présent, et que, tous les ans, à la même époque, on est sûr de rencontrer plusieurs fois dans sa pra-

tique. Je veux parler de la kératite à hypopion, à laquelle j'ai déjà consacré une petite monographie sous le nom de *kératite des moissonneurs*[1].

J'ai attribué la gravité toute spéciale de cette kératite au surmenage des gens qui sont blessés à l'époque de la moisson. Il n'en est pas moins vrai qu'il faut tenir compte de deux autres facteurs très importants : la blennorrhée du sac, ou dacriocystite chronique, et la nature du corps étranger.

Quoiqu'il en soit, la blessure revêt rapidement, en moins de vingt-quatre heures, un caractère de gravité exceptionnelle. Au point de contact du corps vulnérant la cornée s'ulcère et, au pourtour de l'ulcération, elle prend une coloration blanc jaunâtre, dont la teinte devient de plus en plus foncée. Du pus se forme rapidement, et infiltre les lamelles de la cornée ; le fond de l'excavation se remplit aussi de globules purulents, qui se creusent un passage d'avant en arrière dans le tissu cornéen et arrivent ainsi jusqu'à la membrane de Descemet.

En même temps l'humeur aqueuse louchit et la chambre antérieure ne tarde pas à se remplir de pus. Derrière la masse blanc jaunâtre, et à travers les interstices du pus interlamellaire, on aperçoit l'iris changé de couleur et contracté. L'injection périkératique est très accusée ; les souffrances du malade sont vives, si les soins ne sont pas rapides, la cornée ne tarde pas à s'infiltrer dans sa totalité, elle se ramollit, se nécrose ; il se fait une énorme perforation.

Quelle est la conduite à suivre en pareil cas? Tout d'abord l'ésérine doit être instillée. Dans les cas ordinaires, elle suffit à amener la résorption du pus, et elle empêche la perforation. J'en ai cité plusieurs exemples[1]. Son action peut être aidée par une paracentèse ; si, malgré cela, l'affection continue sa marche progressive, on a entre les mains deux moyens héroïques ; l'opération de Sæmisch, et la cautérisation ignée de la cornée.

1. *Gazette d'Ophtalmologie.*

2. *Notes sur l'emploi de l'ésérine en thérapeutique oculaire* (*France médicale* et *Gazette d'ophtalmologie.*)

Il est rare que la maladie ne cède pas à l'un de ces deux moyens. Je ne cacherai pas mes préférences pour la cautérisation avec la pointe du thermocautère; à laquelle j'ajoute quelques jours après une iridectomie qui remplit deux buts; elle est en même temps antiphlogistique et optique. Je pourrai citer plusieurs faits comme preuve de ce que j'avance; je me contenterai de noter l'observation suivante :

Obs. III. — M. X... cultivateur, faisant la moisson, reçut dans l'œil gauche un coup avec un fétu de paille faisant partie d'une gerbe de blé que portait un de ses ouvriers. Dans le premier moment il ressentit une assez violente douleur, mais il se contenta de boucher l'œil avec son mouchoir, et continua son travail. Il ne dormit pas de la nuit, ressentit des douleurs intenses dans toute la tête, fût pris de fièvre, et vint me consulter quatre jours après l'accident.

C'était un homme robuste de quarante-cinq ans; mais alcoolique. Il n'avait jamais fait de maladies graves, sauf une fluxion de poitrine, cinq ou six ans auparavant, et à la même époque. Depuis un mois, il se sentait très fatigué; il ne mangeait pas, et buvait beaucoup. Au moment où je le vis, il avait un embarras gastrique très prononcé, mais qui ne datait certainement pas du jour de la blessure. La peau était chaude; du reste, depuis son accident, il n'avait pas pu goûter un seul instant de repos.

Il n'y avait pas de larmoiement antérieur; en pressant sur la région du sac, on ne faisait pas sortir une seule goutte de pus. L'œil était rouge, douloureux spontanément et à la pression, l'injection périkératique était très prononcée, et les douleurs périorbitaires très vives.

Une ulcération taillée à pic et remplie de pus occupait le centre de la cornée ; il y avait aussi du pus dans la chambre antérieure. Le cas était grave; je ne le cachai pas au malade et je le prévins dès lors de la conduite que je me proposai de suivre. J'instillai d'abord de l'ésérine au 1/200 sans me préoccuper des synéchies qui pourraient en être la conséquence, car d'après une formule que j'ai déjà énoncée fréquemment « toutes les fois que l'affection de la cornée est

plus grave que les synéchies qui peuvent résulter de l'emploi de l'ésérine, je n'hésite pas à employer ce myotique ». J'ordonnai quatre sangsues à la tempe, un bain de pieds sinapisé et un purgatif énergique. Le lendemain il y avait une amélioration manifeste, qui ne devait pas se maintenir.

Soit que le malade se fût cogné l'œil, soit pour toute autre raison, trois jours après, l'ulcération avait gagné en largeur et en profondeur; l'hypopion s'était élevé dans la chambre antérieure, et les douleurs avaient repris de plus belle. C'est alors que, sans prévenir le malade du genre de cautérisation que j'allais pratiquer, je lui touchai le fond et les bords de l'ulcération avec la pointe fine du thermo-cautère, que j'ai fait fabriquer à cet usage. A partir de ce moment, l'ulcération non seulement ne s'étendit plus, mais elle ne tarda pas à se cicatriser et peu à peu je vis disparaître le pus de la chambre antérieure. Si, du reste, il avait tardé trop longtemps à se résorber, rien ne m'aurait empêché de faire une paracentèse[1].

Un mois après je pratiquai une iridectomie, et aujourd'hui M. X... est complètement guéri.

Les corps étrangers de la cornée se présentent à l'observation avec une excessive fréquence. Il n'est pas de jour où l'on n'en ait un ou plusieurs à extraire. Lorsqu'ils sont superficiels, la manœuvre opératoire est des plus simples. On fixe le globe de l'œil entre le pouce et l'index, en se servant de ces mêmes doigts pour relever la paupière supérieure et abaisser l'inférieure; puis avec une aiguille à cataracte on fait basculer le petit corps étranger et on le ramène sur la pointe de l'aiguille. Si le corps est métallique, et surtout s'il a séjourné quelques jours dans la cornée, il laisse autour de lui un

1. Depuis que ce travail est terminé, j'ai eu l'occasion de pratiquer tant en ville qu'à ma clinique, une vingtaine de fois la cautérisation de la cornée avec le thermo-cautère, soit pour des ulcérations phagédéniques, soit pour des ulcères torpides, et chaque fois le résultat a dépassé mes espérances. C'est un moyen excellent, et qui, grâce au chlorhydrate de cocaïne, est absolument indolore.

cercle de rouille, que l'on enlève en totalité d'un second coup d'aiguille sous la forme d'une petite bague. Il faut avoir soin de ne pas piquer la cornée autour des corps étrangers, car ces blessures superficielles étant extrêmement douloureuses, le malade devient très nerveux, et il est difficile de mener à bien la petite opération[1].

Aussitôt le corps étranger enlevé, le patient est notablement soulagé. Il n'accuse plus cette sensation d'épine qu'il reportait auparavant et constamment à la partie supérieure du globe oculaire.

Si le traumatisme est récent, quelques compresses d'eau fraîche terminent la guérison. Si au contraire le malade a tardé trop longtemps à se faire soigner, soit qu'il ait hésité à venir consulter, soit qu'on l'ait traité pour une simple conjonctivite, ce qui arrive fréquemment, il se fait un peu de suppuration tout autour du corps étranger; mais je n'ai jamais vu ce dernier être éliminé spontanément. Au contraire, l'inflammation cornéenne s'étend; l'iris se prend et les phénomènes inflammatoires peuvent devenir très graves, et aller jusqu'à l'irido-cyclite suppurative et amener des accidents sympathiques qui nécessitent une prompte intervention. Mais cette complication du corps étranger superficiel est très rare. Quelques fois le corps étranger étant acéré peut traverser la cornée de part en part, arriver jusque dans la chambre antérieure, et s'implanter même dans l'iris et jusque dans le cristallin. Il est évident que dans ces cas l'aiguille à cataracte ne suffit plus.

Néanmoins il faut débarrasser le malade à tout prix et le plus rapidement possible. Il est impossible de fixer des règles

1. Depuis l'admirable découverte du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique local, toutes les opérations à pratiquer sur l'œil, et en particulier sur la cornée, sont devenues d'une extrême facilité. Je viens de publier dans le *Journal de médecine de Paris* (20 décembre 1884) le résumé d'une soixantaine d'observations absolument concordantes, et démontrant le parti que peut tirer la chirurgie oculaire de l'emploi de ce précieux médicament. Les premiers échantillons m'ont été gracieusement fournis par M. Mariani.

absolues. Chaque mode d'intervention peut et doit varier avec les différents cas que l'on rencontre.

Deux observations que j'ai recueillies cette année sont un exemple de ce que j'avance.

Obs. IV. — Mme C... jeune femme de vingt-quatre ans, vient à ma clinique au mois de mars dernier. Elle souffre beaucoup de l'œil droit depuis une huitaine de jours. En frappant avec un marteau sur un morceau de fer, elle croit qu'un éclat métallique lui a sauté dans l'œil. Mais on lui a affirmé qu'elle n'y avait rien qu'un peu de conjonctivite, et on lui a donné un collyre métallique quelconque. C'est alors que son médecin, M. le Dr Guillou (de Montlhéry) qui ne l'avait pas vue jusqu'alors, me l'envoie. Le globe de l'œil est rouge et douloureux; l'iris contracté. Il y a de l'injection périkératique et une photophobie intense. En l'examinant à l'éclairage latéral, on aperçoit au centre même de la pupille un corps étranger qui traverse la cornée de part en part et pénètre dans la chambre antérieure, à une profondeur de deux millimètres environ, et sans faire la moindre saillie au dehors. L'œil est trop enflammé pour qu'on puisse faire le jour même aucune tentative opératoire. Je prescris un collyre à l'atropine, deux sangsues à la tempe droite et des lotions d'eau de camomille chaude. Le surlendemain, l'inflammation ayant cédé et la pupille étant bien dilatée; l'extraction est décidée. Quel procédé employer ? La chose n'était point aisée. Introduire une aiguille à cataracte ou un petit couteau lancéolaire dans la chambre antérieure, repousser le corps étranger d'arrière en avant, et le saisir extérieurement avec des pinces fines, paraissait tout indiqué. Mais la chose n'était pas sans danger. On risquait de blesser l'iris ou la capsule du cristallin. A plus forte raison courait-on ces risques en ouvrant la cornée, et en introduisant dans la chambre antérieure des pinces destinées à pêcher le corps étranger.

Néanmoins, comme il fallait en finir, un de ces deux procédés aurait été mis à exécution, si le moyen que je me proposais d'employer n'avait pas réussi. Voici ce que je fis. Après avoir placé le blépharostat, je saisis solidement la con

jonctive avec la pince à fixation et, à l'aide de la pointe d'un couteau de Græffe, je fis dans la cornée autour du corps étranger une rigole circulaire qui le découvrit et me permit de le saisir avec des petites pinces à griffes. J'instillai quelques gouttes d'atropine, j'appliquai pour tout pansement sur l'œil une compresse enduite de vaseline, et un carré flottant. Trois jours après, la malade était complètement guérie. Le traumatisme opératoire avait été réduit à la plus grande simplicité possible.

Obs. V. — Quelques jours après je recevais la visite d'un homme d'une trentaine d'années, ouvrier serrurier qui, en frappant sur une enclume, avait été frappé à l'œil gauche par un éclat de fer. Depuis trois jours que l'accident était arrivé, il souffrait beaucoup et ne dormait ni jour ni nuit. Photophobie intense, globe de l'œil très douloureux spontanément et à la pression, injection périkératique, iris contracté et enflammé. A l'éclairage latéral pratiqué avec difficulté, car le malade souffrait beaucoup et était très indocile, j'aperçus à la partie inférieure et interne de la cornée, à trois millimètres environ du limbe cornéo-sclérotical, un corps métallique ne faisant nulle saillie au dehors, traversant de part en part la chambre antérieure, et s'implantant dans le tissu de l'iris. Il y avait des réserves à faire au point de vue de la formation d'une cataracte traumatique. L'instillation de quelques gouttes d'atropine dilata difficilement la pupille et permit de s'assurer de l'intégrité actuelle du cristallin, tout au moins en dehors de la zone blessée. Il est bon de faire remarquer en passant que l'on peut avoir une déchirure étroite de la capsule, avec opacification limitée du cristallin, sans participation au traumatisme du reste de la lentille. Quoi qu'il en fût, il fallait au plus tôt débarrasser l'œil de cette épine fort dangereuse. La procédé noté dans l'observation précédente n'avait plus la même raison d'être appliqué. L'iris avait été blessé, à mon avis il valait mieux en retrancher un petit lambeau, ce qui devait faciliter l'extraction du corps étranger, et prévenir les accidents inflammatoires possibles dans l'avenir. Je fis à la cornée une incision passant immédiatement au-dessus

du corps étranger, que je saisis avec une pince à iridectomie. L'iris vint faire légèrement hernie entre les lèvres de la plaie, je l'excisai avec les pinces-ciseaux. Quelques jours après, le malade était complètement guéri et avait une excellente vision. Le cristallin n'avait pas été touché.

Quelquefois le corps étranger très acéré et tranchant (fragment de capsule par exemple) traverse la cornée de part en part, et ayant épuisé toute son action, tombe dans la chambre antérieure, sans léser l'iris ni le cristallin. Dans ce cas, il n'y a réellement qu'une chose à faire, c'est de l'extraire les plus tôt possible, sous peine de voir éclater des accidents très graves. J'ai pourtant en ce moment sous les yeux un malade qui présente un exemple très curieux de traumatisme et de tolérance excessive de l'œil.

Obs. VI. — X... ouvrier armurier vient me consulter il y a environ un an. Il dit avoir reçu un coup d'air en chemin de fer trois ou quatre jours auparavant. Il souffre peu, mais comme cet œil a été blessé, il y a une vingtaine d'années, il préfère demander un avis. En effet, le globe de l'œil est légèrement injecté, sensible à la pression. Le malade accuse un peu de photophobie, et quelques douleurs périorbitaires très légères. A l'éclairage latéral, on est frappé d'abord par l'existence de deux pupilles superposées : la pupille normale occupant parfaitement sa place habituelle, et ayant conservé toutes ses propriétés contractiles et une seconde pupille située au-dessous de la première, et faite comme à l'emporte-pièce. Tapissant le fond de la seconde pupille, on voit nettement une opacification cristallinienne limitée et n'occupant pas toute l'étendue de l'ouverture iridienne artificielle. Quant à la pupille normale, elle ne présente ni opacification, ni exsudation, de sorte que le miroir ophthalmoscopique permet d'éclairer parfaitement l'œil dont tout les milieux ont conservé une transparence parfaite. Au-devant et en dehors de la pupille créée par le traumatisme, on aperçoit un corps étranger de coloration jaunâtre et de forme presque régulièrement quadrangulaire, qui n'est autre qu'un éclat de capsule que X... a reçu une vingtaine d'années auparavant dans son œil gauche,

et qui depuis cette époque ne l'avait jamais fait souffrir. C'est la première fois que cet œil le préoccupe un peu. L'acuité visuelle n'avait pas baissé ; malgré la phlegmasie iridienne légère actuelle, elle était presque normale. Il fallait aller au plus pressé, et combattre immédiatement l'iritis. Atropine, sangsues à la tempe, compresses chaudes, dérivatifs intestinaux, etc... Le malade se sentit de suite tellement soulagé, qu'il resta huit jours sans revenir me voir. Il ne souffrait plus.

Je le prévins alors du danger que le corps étranger faisait courir à son œil, et les accidents sympathiques suraigus qui pourraient éclater d'un moment à l'autre. Je l'engageai à se faire débarrasser de cet éclat de capsule qui à un moment donné aurait pu nécessiter une intervention rapide. Mais il ne voulut se soumettre à aucune opération. Depuis cette époque il vient se montrer à peu près tous les mois, et son œil continue à ne pas le faire souffrir.

C'est là un exemple de tolérance bien rare, et comme il n'en existe pas beaucoup dans la science ophthalmologique. Il ne faudrait pas s'appuyer sur un cas semblable pour rester les bras croisés devant un corps étranger ayant pénétré dans l'œil. En dehors des accidents limités à l'œil blessé, il faut toujours avoir présent à l'esprit la connexion qui existe entre les deux organes, et savoir prévenir des accidents qui présentent cette particularité d'éclater souvent comme un coup de foudre, et au moment où l'on s'y attend le moins.

Lorsque la cornée a été perforée, presque toujours il y a hernie de l'iris. Dans ce cas, à mon avis, il n'y a pas deux conduites à suivre. Il faut tout d'abord exciser la partie herniée, et instiller quelques gouttes d'un collyre à l'ésérine, afin d'éviter une cicatrice *staphylomateuse*. Quelques jours après, lorsque la plaie cornéenne est bien cicatrisée, il n'y a pas d'inconvénient à remplacer l'ésérine par l'atropine, afin d'éviter l'iritis qui pourrait surgir comme complication du traumatisme.

Cette manière de faire m'a complètement réussi dans les cas nombreux que j'ai eu l'occasion de voir à ma clinique

depuis six ans. Dans le cas de perforation avec hernie de l'iris, le malade, étant guéri de sa blessure, doit quelque temps après, et dans *tous les cas* subir une seconde opération; ce n'est qu'une question de répit plus ou moins long à accorder au patient. *Lorsque la perforation a été centrale*, la pupille entraînée à travers l'ouverture cornéenne n'existe plus. Il y a donc lieu; tous phénomènes inflammatoires ayant disparu, de pratiquer une *pupille optique* destinée à rendre à l'œil blessé tout ou partie de sa vision et agissant ainsi, on atteint un double but, d'abord de rendre la vue au malade et ensuite de pratiquer une opération essentiellement *antiphlogistique* et indispensable. *Si au contraire la perforation est plus ou moins périphérique*, la pupille est simplement déformée et n'empêche pas les rayons lumineux de passer. Ici l'opération antiphogistique est tout aussi indiquée, mais elle est beaucoup plus difficile à faire accepter au patient, qui n'en voit pas la nécessité, car il ne souffre pas, et il est malaisé de lui faire comprendre les accidents que peut entraîner l'adhérence de l'iris à la cornée.

Tout leucôme adhérent est une menace constante. — L'iris est peut-être, de tous les muscles de l'économie, celui qui se contracte le plus souvent. Aussi peut-on juger des tiraillements incessants exercés sur les attaches de l'iris, et, par leur intermédiaire, sur la région ciliaire. Aussi les iridocyclites graves ne sont-elles pas rares dans ces conditions. Lorsque, à la suite d'un traumatisme, on a affaire à un enclavement de l'iris, le mieux est de proposer au patient de lui pratiquer une iridectomie . S'il s'y refuse, on le prévient des inconvénients graves qui pourraient en résulter, et on lui recommande bien de tenir compte de la plus petite inflammation qui pourrait survenir dans son œil blessé. Il est des cas, rares il est vrai, où la *synéchotomie* peut remplacer l'iridectomie, lorsque l'adhérence iridocornéenne est pédiculée. Voici le procédé que je préfère et que j'ai encore employé tout récemment.

Obs. VII. — Mlle H... agée de dix-huit ans avait été blessée à l'œil gauche par une pointe de ciseaux à l'âge de quatre ans.

La perforation s'était faite en bas et en dehors de la pupille, qui était déformée et allongée dans la direction de la cicatrice cornéenne. Depuis quelques temps Mlle H... souffre de son œil qui rougit de temps en temps, en même temps que la vision semble baisser à chaque poussée inflammatoire. A l'éclairage latéral, on aperçoit distinctement un lambeau iridien enclavé dans la plaie cornéenne et réuni à l'iris par un pédicule qui paraît des plus faciles à sectionner. A l'aide d'un couteau de Græfe, instrument préférable à tous les synéchotomes possibles, je pratique une ponction dans la cornée un peu en dehors et au-dessus du pédicule iridien, puis, faisant exécuter un mouvement de bascule à mon couteau, je sectionne le pédicule d'un seul coup, et l'instrument est retiré ; la pupille reprend sa forme normale, à part une petite encoche à l'endroit de la section du pédicule. Il n'y a pas la moindre réaction inflammatoire et, depuis ce jour là, Mlle H... n'a plus souffert de son œil.

Lorsque l'adhérence de l'iris à la cornée se fait, non plus par un pédicule, mais suivant une surface plus ou moins large, toute tentative de synéchotomie me paraît inutile et même dangereuse. On risque de provoquer une hémorragie dans la chambre intérieure, de détacher l'iris de ses adhérences périphériques (iridodyalise), de blesser le cristallin, etc... *L'iridectomie*, opération relativement facile, est tout indiquée, car il est parfaitement démontré par les faits que, pour combattre les fâcheux effets d'une adhérence irienne, *il n'est pas indispensable de détacher l'adhérence à son point d'implantation, mais il suffit de libérer l'iris, en un point quelconque de sa circonférence.*

Obs. VIII. — Mlle G... de Versailles, âgée de huit ans, en courant dans un jardin, glisse et tombe sur une branche d'arbre qui la blesse à l'œil gauche. Plaie transversale de la cornée, produite comme avec un instrument tranchant. Hernie de l'iris, excision, instillations d'ésérine, etc... Guérison en un mois, avec obstruction pupillaire totale. Conservation de la perception lumineuse; une bougie promenée devant l'œil blessé est aperçue également dans toutes les

directions. Pupille optique artificielle. Récupération absolue et intégrale de la vision.

Depuis cinq ans la guérison ne s'est pas démentie.

Obs. IX. — M. B... cultivateur des environs de Paris, avait été blessé quinze ans auparavant par la pointe d'un couteau qu'il tenait à la main, et sur lequel il s'était penché avec violence.

Il en était résulté un leucôme adhérent à la partie inféro-interne de la pupille déformée et tiraillée par la cicatrice cornéenne. Depuis cette époque (1865) il n'avait pas du tout souffert de son œil; la vision eût été parfaite, sans un léger degré d'astigmatisme amené par la déformation de la cornée. En 1879, sa petite fille ayant mal aux yeux, il me l'amena lui-même. Je constatai l'existence du leucôme adhérent, et je lui recommandai de ne pas hésiter à se faire pratiquer immédiatement une iridectomie, si son œil lui faisait mal, ce qui pourrait arriver, au moment où il s'y attendrait le moins.

M. B... rit de mes appréhensions. Deux ans se passèrent, lorsqu'un jour il arriva à ma consultation souffrant énormément de l'œil blessé, qui était devenu très dur, la pupille était dilatée, et les milieux troubles. Je me trouvais en présence d'une attaque de glaucome aigu, certainement provoquée par les tiraillements de l'iris dans la cornée.

Je pratiquai immédiatement une iridectomie. M. B... guérit rapidement, la vision redevint ce qu'elle était avant la poussée glaucomateuse, et, depuis cette époque, la guérison s'est maintenue.

Ces observations pourraient évidemment se multiplier étant donnée la fréquence des leucômes adhérents, et la non moins grande fréquence des accidents consécutifs. En citant tous les faits que j'ai pu observer, je m'exposerais à des redites inutiles et fatigantes pour le lecteur.

J'arrive maintenant aux perforations dans lesquelles la sclérotique est intéressée en même temps que la cornée, et où, par conséquent, la région ciliaire participe au traumatisme.

Ici le pronostic est absolument différent : autant les plaies de la cornée, même avec hernie assez considérable de l'iris,

guérissent en général facilement, lorsqu'elles sont bien soignées, autant, au contraire, les plaies de la région ciliaire sont graves, et nécessitent presque toujours, tôt ou tard, l'énucléation comme je le faisais observer au début de ce travail.

Je citerai deux faits ou des traumatismes, au premier abord extrêmement graves, ont admirablement guéri, *parce que la région ciliaire était restée en dehors de l'action du traumatisme;* et deux autres au contraire qui ont entraîné à leur suite la perte de l'œil malade et des menaces d'accidents sympathiques, *parce que la plaie avait touché à la région ciliaire.*

Obs. X. — M. G... cultivateur était occupé à sertir des cartouches, lorsque tout à coup le tube en bois dur dans laquelle était maintenue la cartouche fit explosion, se brisa en plusieurs fragments, dont l'un d'eux atteignit l'œil gauche. La main droite fût du même coup fortement endommagée. Appelé en toute hâte par dépêche, j'arrivai auprès du malade à neuf heures du soir. L'accident était arrivé à trois heures de l'après-midi.

Écartant avec précaution les paupières, je constatai l'existence d'une plaie transversale de la cornée, passant par l'équateur du globe, mais s'arrêtant des deux côtés à *l'union de la cornée et de la sclérotique.* Il y avait une forte hernie de l'iris, et un chémosis séro-sanguin déjà considérable Je ne parle pas des deux plaies de la paupière, qui, du reste, quelques jours après, étaient complètement cicatrisées.

La certitude de l'intégrité de la région ciliaire éclaircissait déjà le pronostic, fort sombre néanmoins. Autour de moi la question de l'énucléation immédiate était agitée. Je calmai cette ardeur opératoire, tout en faisant les plus grandes réserves au sujet de la conservation de l'organe et surtout de ses propriétés fonctionnelles. Sans compter le décollement de la rétine possible après un choc aussi violent, cent autres complications pouvaient surgir d'un moment à l'autre. Je prescrivis pour la nuit une potion calmante, quatre sangsues à la tempe, un collyre à l'*ésérine* et des applications locales

chaudes. — Le lendemain matin, je fis l'excision de la portion d'iris herniée, je fendis le chémosis dans toute sa longueur, et j'obtins immédiatement une détente. J'eus aussi la satisfaction de constater à l'aide d'une bougie promenée dans le champs visuel, que la rétine n'était pas décollée. Tous les jours, le malade alla de mieux en mieux et un mois après l'accident, jour pour jour, je pratiquai une pupille optique à travers laquelle M. G... voit parfaitement bien. J'attribue le bon résultat obtenu d'abord à l'intégrité de la région ciliaire, puis à l'excision de la hernie-iridienne, du chémosis, et à l'emploi de l'ésérine qui, pour moi, a empêché les accidents inflammatoires du côté de la cornée, et *la cicatrice staphylomateuse.*

Obs. XI... — M. B... employé chez un limonadier des environs de Paris, bouchait des bouteilles d'eaux gazeuses, lorsque tout d'un coup la bouteille qu'il tenait à la main fit explosion, et un fragment de verre le frappa à l'œil gauche.

On me l'amena immédiatement et je constatai l'existence d'une plaie occupant la partie supérieure et externe de la cornée, avec forte hernie de l'iris, et intégrité de la région ciliaire.

La pupille était attirée du côté de la blessure, mais elle n'était pas complètement obstruée comme dans le cas précédent. Instillation d'ésérine, sangsues derrière l'oreille gauche, lotions chaudes. Le lendemain, excision de la hernie de l'iris. Guérison très rapide avec conservation de la vision.

Dans les deux cas le traumatisme avait été très violent. Mais la guérison s'en était suivie, parce que la perforation n'avait pas dépassé le limbe cornéo-sclérotical. Voici, au contraire deux faits où le traumatisme, peut-être moins violent, s'est terminé par la perte de l'organe, *parce que la région ciliaire avait été intéressée.*

Obs. XII. — M. F... marchand de vins se trouvait à la porte de sa maison, leva les yeux pour regarder un ouvrier qui réparait un bec de gaz situé au-dessus de la porte. Un morceau de verre se détacha du bec de gaz et lui tomba sur l'œil gauche.

Il sentit une très violente douleur, rentra précipitamment chez lui, et fit mander son médecin, le Dr Pélaprat, qui de son côté me pria de lui donner mon avis sur cet accident.

Je constatai l'existence d'une plaie verticale commençant au-dessous du diamètre horizontal, et entamant la scléro-tique dans une étendue de 3 à 4 millimètres. Épanchement de sang dans la chambre antérieure, avec ecchymose sous-conjonctivale, très étendue. Par la plaie béante on apercevait le corps vitré qui ne demandait qu'à sortir. Ésérine, sangsues, purgatifs, et dans ce cas, par exception, bandeau compressif pour empêcher l'œil de se vider.

Le pronostic fut très réservé, non seulement pour le présent, mais encore pour l'avenir.

Non seulement il pouvait ne pas recouvrer la vision de cet œil, ce qui était plus que probable, à cause du décollement de la rétine *actuel* ou *futur*, mais encore serait-on probablement obligé de pratiquer l'énucléation, en vue des accidents sympathiques. L'avenir vérifia en tous points le pronostic porté au moment même de l'accident. La plaie cornéo-scléroticale guérit parfaitement. Mais par rétraction elle amena un décollement de la rétine, et trois mois après le malade revenait me voir avec des douleurs violentes du côté blessé. Je proposai l'énucléation. Depuis ce jour je ne l'ai plus revu.

Je mets en fait que, si la région ciliaire n'avait pas été touchée, il aurait guéri comme les deux précédents.

Obs. XIII. — Un enfant de deux ans tombe sur un coquetier qui se brise, et se fait une plaie transversale de la région ciliaire à l'œil droit, sans que la cornée soit intéressée. L'iris est attiré dans la plaie, la pupille est déformée. Ésérine. Malgré la conservation de la vision et l'absence de toute réaction inflammatoire, un pronostic défavorable est porté.

En effet après deux années passées sans nuages, il se fait tout à coup une poussée d'iridocyclite suppurative avec accidents glaucomateux.

Pour donner satisfaction à la famille, qui redoute l'énucléation, une iridectomie est pratiquée, mais sans résultats. L'énucléation devient urgente, et est pratiquée avec succès.

Lorsque le corps vulnérant a traversé la cornée de part en part (pointes de ciseaux, de compas, couteau, etc...) la chambre antérieure se vide, et la cristalloïde antérieure est blessée : *la cataracte traumatique* est alors constituée. Il est rare, comme nous le faisions observer plus haut, que la déchirure de la capsule soit assez petite pour que les masses corticales ne viennent pas se mettre en contact avec l'humeur aqueuse, et que la petite plaie capsulaire se cicatrise isolément. Le plus souvent, les masses corticales se gonflent rapidement et le cristallin se prend dans toute son étendue. La conduite à suivre est un peu différente chez *l'enfant* et chez *l'adulte*. Chez l'enfant, il n'y a pas de noyau; la substance corticale constitue presque toute la masse cristallinienne. Aussi l'humeur aqueuse se reforme rapidement; les masses corticales gonflent, remplissent la chambre antérieure, et peuvent même devenir assez volumineuses, pour amener une augmentation de la pression intra-oculaire et des accidents glaucomateux; ceux-ci mêmes, dans nombre de cas, seraient plus rapides si la sclérotique de l'enfant n'était pas plus extensible que celle de l'adulte. Une simple ponction, rendue urgente par l'augmentation de la pression intra-oculaire, suffit pour vider les masses corticales qui remplissent la chambre antérieure, et souvent le reste du cristallin disparaît par résorption.

D'autres fois, au contraire, la cataracte traumatique suit chez l'enfant la même évolution que chez l'adulte. Le cristallin se prend dans sa totalité; et la même conduite est suivie chez l'un et chez l'autre.

D'abord, sauf dans les cas urgents cités plus haut, et ils se présentent aussi chez l'adulte, il ne faut pas se hâter d'opérer une cataracte traumatique.

L'œil blessé supporte beaucoup moins le grand traumatisme opératoire de l'extraction cristallinienne que l'œil sain. Il faut laisser l'organe se remettre du choc qu'il a subi, et n'opérer que si l'on est bien sûr de l'intégrité des membranes profondes.

Lorsque l'œil opposé est absolument sain, faut-il opérer? A mon avis *certainement*.

D'abord, comme presque toujours, il y a en même temps hernie de l'iris, d'après les principes posés plus haut, il est nécessaire de pratiquer une iridectomie. Or, il n'y a aucun inconvénient à pratiquer en même temps l'extraction du cristallin cataracté.

Le plus souvent, le malade la réclame lui-même.

La tache blanche qu'il a dans l'œil le tourmente, et l'empêche quelquefois de trouver une situation, etc... et puis, il peut arriver un accident du côté opposé. Et alors le malheureux sera complètement aveugle, tandis que, s'il a été opéré avec succès de sa cataracte traumatique !... En ce qui concerne la cataracte traumatique, il est impossible de poser des règles précises. Il faut que l'œil ne présente aucune trace d'inflammation, qu'il ne soit douloureux ni spontanément, ni à la pression, et surtout que la perception lumineuse soit bonne, et dans toutes les directions du champ visuel.

Si l'on a quelques craintes, il vaut mieux opérer en deux temps, pratiquer d'abord l'iridectomie, et ne procéder à l'extraction que quinze jours ou trois semaines après.

Quelquefois le corps étranger, cause de la cataracte, reste enclavé dans le cristallin. Dans ce cas, il ne faut pas tarder, car par son propre poids, il pourrait venir irriter la région ciliaire, et occasionner une explosion glaucomateuse ou sympathique.

Voici trois exemples de cataractes traumatiques où la conduite du chirurgien à varié avec chacune d'elles :

Obs. XIV. — Le jeune B... de Linas m'est adressé par mon excellent confrère et ami, le docteur Guillou. En frappant sur un clou avec un marteau, il l'a brisé en deux morceaux, et la tête du clou est venue le frapper à l'œil gaûche.

Il arrive à ma clinique trois au quatre jours après l'accident. Le docteur Guillou lui avait immédiatement fait instiller de l'atropine. Quand je le vois, la pupille est largement dilatée, le cristallin complètement cataracté. Quelques masses corticales, gonflées, occupent la moitié inférieure de la chambre antérieure.

Il n'y a pas de hernie de l'iris, et ce n'est qu'à l'éclairage

latéral que l'on aperçoit une plaie transversale de la cornée déjà cicatrisée. L'œil n'est pas tendu, il est seulement un peu douloureux à la pression. Craignant que le gonflement des masses corticales n'amenât une augmentation de la pression intra-oculaire, j'écrivis au docteur Guillou, le prévenant de ce qui pouvait arriver, et lui donnant un rendez-vous pour l'extraction immédiate du cristallin, si le petit malade se plaignait de vives douleurs et surtout si l'œil se tendait. Trois jours après, je recevais une dépêche m'appelant en toute hâte.

Les masses corticales remplissaient la chambre antérieure. Il n'y avait pas à hésiter. Avec un couteau de Græfe, je taillai un lambeau inférieur un peu plus petit que pour l'extraction de la cataracte sénile. Les masses corticales se précipitèrent avec un petit lambeau d'iris que je sectionnai.

J'obtins ainsi la pupille classique en trou de serrure, et le petit malade guérit sans accident. Avec un verre convexe approprié, il a de cet œil une acuité parfaite, S. = 1.

Obs. XV. — Un enfant de trois ans m'est amené par son père à ma clinique. La veille, tenant à la main un couteau pointu, il s'était penché dessus et s'était fait une perforation de la cornée avec hernie de l'iris. Le cristallin était déjà opacifié, mais les masses corticales n'avaient pas fait irruption dans la chambre antérieure. Je sectionnai immédiatement la hernie iridienne et fis instiller de l'atropine. Depuis cette époque cet enfant n'a pas souffert, et comme il n'y a actuellement aucune indication pour opérer, j'attendrai, et il est probable que les parents viendront d'eux-mêmes me demander d'enlever à leur enfant la tache qu'il a dans l'œil et qui l'empêche de voir. Je les ai prévenus qu'étant donné l'enclavement de l'iris, il pourrait se déclarer d'un jour à l'autre des accidents inflammatoires, et que, dans ce cas, il faudrait opérer immédiatement.

Obs. XVI. M. L..., cantonnier, cinquante ans, cassant des cailloux sur la grand route, reçoit un éclat de pierre sur l'œil droit. Je le vois le surlendemain de l'accident. Je constate d'abord l'existence d'une plaie perforante de la cornée, avec hernie de l'iris, et d'une cataracte traumatique : puis, exa-

minant avec soin à l'éclairage latéral, je ne suis pas peu étonné de voir, caché en partie par les masses corticales antérieures gonflées, le corps du délit dans l'épaisseur même du cristallin. J'excisai immédiatement la portion d'iris herniée, j'instillai de l'atropine, je fis mettre des sangsues à la tempe, et ordonnai des applications constantes d'eau fraîche, destinées à empêcher une réaction inflammatoire vive. La présence du corps étranger dans le cristallin indiquait à mon avis, une intervention rapide. Il y avait à craindre sa migration, et l'apparition d'accidents beaucoup plus graves.

Par son propre poids, il pouvait aussi tirailler la zonule et luxer le cristallin dans la région ciliaire. Tout se passa à la satisfaction générale. Il n'y eut pas d'inflammation, et huit jours après, je constatai que la perception lumineuse était bonne.

Dans le cas actuel, même sans conservation de la perception lumineuse, l'intervention était indiquée à cause de la présence du corps étranger. Je pris jour avec mon excellent ami, le Dr Conor, et je me mis en devoir d'opérer comme si j'avais affaire à une cataracte sénile ordinaire, l'âge du sujet indiquant la présence d'un noyau dur et nécessitant l'incision d'un lambeau cornéen suffisant. L'incision cornéenne faite, j'introduisis avec beaucoup de précaution dans la chambre antérieure des pinces fines à iridectomie, et je saisis le morceau de pierre qui avait réellement des dimensions très considérables. Puis, le corps étranger extrait par de douces pressions, je fis sortir le noyau cristallinien.

Quelques jours après X... était parfaitement guéri. Ceci se passait il y a cinq ans. J'eus l'occasion de revoir, par hasard, mon patient dans le courant de cette année. Il jouit d'une excellente vision, et depuis cette époque n'a jamais souffert un seul instant.

Les luxations traumatiques du cristallin se rencontrent assez fréquemment. Deux éventualités peuvent se présenter : ou le cristallin luxé dans le corps vitré se résorbe, et alors tout danger disparaît pour l'avenir, ou il ne se résorbe pas,

et peut devenir ainsi, en irritant par sa présence la région ciliaire, le point de départ d'accidents glaucomateux ou sympathiques. Le premier cas se présente le plus fréquemment chez les sujets jeunes. Lorsque le cristallin luxé entraîne avec lui des complications, le mieux à faire est de pratiquer le plus tôt possible l'énucléation. Je n'ai jamais essayé d'extraire un cristallin luxé dans le corps vitré. J'ai assisté à quelques tentatives de ce genre. Toutes ont échoué; elles se sont terminées par le phlegmon de l'œil. On se décidait alors à énucléer, mais après avoir imposé au patient d'inutiles et terribles souffrances.

Je terminerai ce travail en citant une observation de décollement traumatique de la rétine qui a guéri sans intervention ni médicale ni chirurgicale. Il ne faut pas se hâter de ponctionner les décollements traumatiques, et surtout de porter un pronostic défavorable. Au point de vue légal, cette réserve ne manque pas d'importance. A la suite d'un accident de ce genre, un certificat est demandé; si l'on s'empresse, considérant le décollement, de déclarer que l'œil est irrémédiablement perdu, on s'expose à faire fausse route, et à porter grand préjudice à la partie adverse.

Obs. XVII. — X... âgé de vingt et un ans, ouvrier maçon, passant dans la rue des Chantiers, à Versailles, reçut sur la tête un débris de plâtre tombé d'une maison en construction. Comme lésion extérieure, ce morceau de plâtre ne produisit qu'une petite écorchure au front. Le jeune X... ne perdit pas connaissance, ne ressentit pas de violentes douleurs dans la tête, mais s'aperçut que de l'œil gauche il ne voyait plus qu'à travers un brouillard très épais, et même que dans certaines directions il ne voyait plus du tout.

Il vint immédiatement me consulter, et je constatai à l'ophtalmoscope l'existence d'un décollement occupant la moitié inférieure et interne de la rétine, sans autres lésions.

Le champ visuel supérieur était complètement aboli. Marié et père de deux enfants (il avait à peine dix-huit ans, quand il avait pris femme) X... me demanda un certificat constatant la perte de la vision de l'œil gauche.

Ayant connaissance de faits de guérison spontanée de décollements traumatiques, et ne voulant pas m'engager à la légère, j'eus la bonne inspiration de lui conseiller de se soigner d'abord, lui promettant de lui donner le certificat demandé un peu plus tard.

Je lui fis appliquer un vésicatoire volant derrière l'oreille gauche, et je restai deux mois sans recevoir sa visite. Lorsque je le réexaminai de nouveau à l'ophtalmoscope le décollement n'existait plus.

Il n'était indiqué que par une petite traînée blanchâtre, sorte de cicatrice qui semblait faire adhérer la rétine à la choroïde.

L'épanchement sous-rétinien s'était résorbé, et comme l'œil était antérieurement sain, la rétine s'était recollée.

Il y avait une légère diminution de l'acuité visuelle qui fut notée du reste sur le certificat, dont la teneur fut bien différente de celle qu'il aurait pu avoir, si je l'avais délivré quelques jours seulement après l'accident.

CONCLUSIONS

I. Toute blessure de l'œil, quelque légère qu'elle puisse paraître au premier abord, doit être examinée avec le plus grand soin. L'examen du champ visuel surtout ne doit pas être négligé.

II. Le pronostic, dans tous les cas, doit être extrêmement réservé. Souvent plusieurs jours doivent s'écouler avant que l'on puisse se prononcer.

III. La région ciliaire est le véritable *noli me tangere* de l'œil. Tout traumatisme de cette région augmente de beaucoup la gravité du pronostic.

IV. Toute synéchie antérieure impose au chirurgien l'obligation de faire des réserves pour l'avenir, même lorsque l'œil blessé a récupéré son intégrité fonctionnelle. L'adhé-

rence de l'iris à la cornée, quelque minime qu'elle soit, est une menace perpétuelle.

V. Tout corps étranger de l'œil peut entraîner une ophtalmie sympathique à forme suraiguë.

Les blessures de la région ciliaire amènent plus fréquemment des accidents sympathiques tardifs dont le point de départ paraît être une ossification choroïdienne.

Dr A. Dehenne.

FIN

Bourloton — Imprimeries réunies, B.